



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**PREVALENCIA DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y LA VÍA
DE FINALIZACIÓN DEL PARTO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL
MOSCOSO, PERÍODO 2014.**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICA

AUTORAS:

CRISTINA PAOLA PADILLA PADILLA

LIZBETH TATIANA ROJAS PAZ

DIRECTOR:

DR. BERNARDO JOSÉ VEGA CRESPO

CUENCA, ECUADOR

2016



Resumen

Antecedente. La ruptura prematura de membranas (RPM) es causa importante de morbilidad materno fetal por asociarse a complicaciones riesgosas como la corioamnionitis.

Objetivo. Establecer la prevalencia de ruptura prematura de membranas y la vía de terminación del parto según la variante de ruptura.

Material y métodos. Con un diseño transversal se recopiló información de 360 historias clínicas de maternas atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, durante el 2014.

Resultados. La prevalencia de RPM fue del 8.2% (7.4 – 9.05). La edad promedio fue de 24.0 ± 6.2 años entre un rango de 14 a 44. El 46% cursó la secundaria, el 69% se dedica a actividades domésticas y el 61% reside en zona urbana. La rotura de membranas *a término* ocurrió en el 66%, la *rotura prolongada* en el 20% y la *rotura pre-término* en el 12%. El 71% terminó su parto vía vaginal y el 28% mediante cesárea. El parto vaginal fue más frecuente en rotura de membranas *a término* ($P = 0.0005$) y la cesárea en rotura *pre-término* ($P = 0.002$). En *rotura prolongada*, la frecuencia fue similar.

Conclusión. La prevalencia de rotura prematura de membranas y la vía de terminación del parto, están dentro de las cifras reportadas por la literatura en estudios similares nacionales y extranjeros. Las variantes de RPM no parecen influenciar sobre la terminación del parto

Palabras claves: ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS FETALES, PARTO NORMAL, CESAREA.



Abstract

Background. Premature rupture of membranes (PROM) is important cause of fetal maternal morbidity and mortality is associated with risky complications as the chorioamnionitis.

Objective. Establish prevalence of premature rupture of membranes and the way of completion of delivery depending on the type of rupture.

Material and methods. With a cross-sectional design was collected information of 360 case histories of maternal served in the service of obstetrics and Gynecology of the Cuenca's Vicente Corral Moscoso hospital during 2014.

Results. The prevalence of PROM was 8.2% (7.4-9.05). The average age was 24.0 ± 6.2 years between a range of 14 to 44. 46% attended high school, 69% is dedicated to domestic activities and 61% resides in urban area. The rupture of membranes at term occurred at 66%, the break at 20% and pre-term break at 12%. 71% completed vaginal childbirth and 28 per cent by caesarean section. Vaginal birth was more frequent in rupture of membranes at term ($P = 0.0005$) and caesarean section in break preterm ($P = 0.002$). In prolonged breakage, the frequency was similar.

Conclusion. The prevalence of premature rupture of membranes and the completion of the delivery route, are within the figures reported by the literature on similar domestic and foreign studies. PROM variants do not appear to influence upon completion of childbirth.

Keywords: PREMATURE RUPTURE OF FETAL MEMBRANES, NORMAL DELIVERY, CAESAREAN SECTION.



Indice

Contenido

Resumen	2
Abstract	3
1. Introducción	13
1.1 Planteamiento del problema	14
Justificación	14
2. Fundamento teórico	16
2.1 Generalidades	16
2.2 Rotura prematura de membranas	16
2.3 Fisiopatología	17
2.4 Factores desencadenantes de la RPM	18
2.5 Epidemiología	19
2.6 Terminación del embarazo	20
2.7 Diagnóstico	20
2.8 Finalización del parto	21
2.9 Distocias	22
3. Objetivos	23
3.1 Objetivo general	23
3.2 Objetivos específicos	23
4. Diseño metodológico	24
4.1 Tipo de estudio	24
4.2 Área de estudio	24
4.3 Universo y muestra	24



4.4 Variables	24
4.5 Operacionalización de las variables	24
4.6 Criterios de elección.....	25
4.7 Procedimientos y técnicas	25
4.8 Análisis de la información y presentación de resultados.....	25
4.9 Aspectos éticos de la investigación	26
5. Resultados.....	27
5.1 Cumplimiento del estudio.....	27
5.2 Prevalencia de RPM	27
5.3 Características demográficas de la población de estudio.....	28
Tabla 2	28
5.4 Variantes de la RPM y finalización del parto	30
Tabla 3	30
5.5 Finalización del parto según variante de RPM.....	31
Tabla 4	31
6. Discusión	32
7. Conclusiones y Recomendaciones	35
7.1 Conclusiones	35
7.2 Recomendaciones.....	35
Referencias bibliográficas	36
Anexos	39
Anexo 1	39
Matriz de operacionalización de las variables	39
Anexo 2	41
Anexo 3	44
Anexo 4	45




UNIVERSIDAD DE CUENCA

DERECHO DE AUTOR

CRISTINA PAOLA PADILLA PADILLA autora de la tesis “**PREVALENCIA DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y LA VÍA DE FINALIZACIÓN DEL PARTO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, PERÍODO 2014**”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de MEDICO GENERAL. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autoras

Cuenca, 18 de julio de 2016



CRISTINA PAOLA PADILLA PADILLA

C.I: 0106040322



UNIVERSIDAD DE CUENCA

DERECHO DE AUTOR

LIZBETH TATIANA ROJAS PAZ autora de la tesis “**PREVALENCIA DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y LA VÍA DE FINALIZACIÓN DEL PARTO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, PERÍODO 2014**”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de MEDICO GENERAL. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autoras

Cuenca, 18 de julio de 2016

LIZBETH TATIANA ROJAS PAZ

C.I: 0704199041



UNIVERSIDAD DE CUENCA

RESPONSABILIDAD

CRISTINA PAOLA PADILLA PADILLA, autora de la tesis “**PREVALENCIA DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y LA VÍA DE FINALIZACIÓN DEL PARTO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, PERÍODO 2014**” certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 18 de julio de 2016

CRISTINA PAOLA PADILLA PADILLA

C.I: 0106040322



UNIVERSIDAD DE CUENCA

RESPONSABILIDAD

LIZBETH TATIANA ROJAS PAZ, autora de la tesis “**PREVALENCIA DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y LA VÍA DE FINALIZACIÓN DEL PARTO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, PERÍODO 2014**”

certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 18 de julio de 2016

LIZBETH TATIANA ROJAS PAZ

C.I: 0704199041



UNIVERSIDAD DE CUENCA
DEDICATORIA

Con los sentimientos más nobles dedico este trabajo a **Dios**, por llenarme de su espiritualidad, de su sabiduría y de su paciencia para caminar con seguridad por el sendero correcto.



UNIVERSIDAD DE CUENCA
DEDICATORIA

A mis padres, quienes con su apoyo moral y económico han dedicado todos sus esfuerzos para vernos triunfar como profesionales.

A mis hermanos, hermanas, amigos y amigas que siempre tuvieron frases de aliento y estuvieron contagiándonos de su optimismo en los momentos más difíciles.



UNIVERSIDAD DE CUENCA
AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestra gratitud sincera al Dr. Bernardo Vega, director de nuestro informe de investigación por su acertada orientación en todo el proceso de desarrollo de nuestro trabajo.

A la Universidad de Cuenca y al Hospital Vicente Corral Moscoso por darnos la oportunidad de aplicar nuestros conocimientos y permitirnos alcanzar otra etapa en nuestras vidas como profesionales en la especialidad de Medicina General.

A nuestros maestros y maestras que en los años de estudio de la carrera siempre supieron impartirnos sus conocimientos y motivarnos para aportar con el ejercicio de nuestra carrera profesional a nuestra sociedad.

LAS AUTORAS



1. Introducción

Se denomina prematura a la rotura de membranas que ocurre antes del comienzo del trabajo de parto. Se clasifica de diferentes maneras: según semanas de gestación del producto, según tiempo de producción y según su mecanismo.

La prevalencia de la rotura prematura de membranas (RPM) varía entre 1,6% y 21%, con un promedio de 10% de prevalencia en los embarazos. Un 80% de los casos ocurre después de las 37 semanas (RPM a término), en tanto que el 20% restante se presenta en embarazos pretérmino. Este último grupo contribuye con un tercio de los casos de partos prematuros espontáneos y produce un importante impacto en la morbilidad materna y neonatal, atribuyéndosele un 10% del total de las muertes perinatales.

La finalización del parto puede ocurrir por dos mecanismos: parto vaginal, proceso en el que se produce la salida desde el útero al exterior, a través del canal del parto, de un feto, vivo o muerto, seguido de sus anexos ovulares; y la cesárea, que es una intervención quirúrgica, en la que se realiza una incisión abdominal, posteriormente se abre el útero y se extrae al feto. El parto natural es el proceso fisiológico ideal para el nacimiento del producto.

La RPM es una solución de continuidad de las membranas corioamnióticas con pérdida de líquido amniótico antes del inicio del trabajo de parto y modifica su curso. Consecuentemente, puede producir complicaciones que afectan no sólo a la madre sino también al recién nacido.

A nivel mundial la prevalencia de la rotura prematura de membranas es del 5 al 10% de los embarazos a término, pero cuando eso ocurre se ha llegado a encontrar, en esta población de maternas, una asociación a los partos pretérmino



de hasta un 40 por ciento.

1.1 Planteamiento del problema

En la práctica institucional tanto pública como privada, en nuestro país, la ruptura prematura de membranas constituye un problema que, a criterios de los especialistas, hasta hoy no parece ser manejado adecuadamente.

Se reporta que a nivel país, en el año 2012, hubo 6.103 casos de ruptura prematura de membranas y el grupo más afectado fue el de las parturientas entre 25 y 34 años en las que ocurrieron los 2.597 casos (1).

En el mismo año, en el hospital Vicente Corral Moscoso, en 657 gestantes que acudieron al hospital se presentó una prevalencia de ruptura de membranas del 15,7% (2). Esta cifra, si bien se encuentra dentro del rango reportado en la literatura, no sabemos cuánto se ha modificado ni en qué sentido lo ha hecho refiriéndonos a la disminución o a su incremento. De manera que, el interés por conocer esta información motivó la presente investigación, a dos años de la realizada anteriormente, con el objetivo final de no solamente identificar la prevalencia de la ruptura prematura de membranas sino también describir las características de los subgrupos según la vía de finalización del parto.

Justificación

El desenlace de la ruptura prematura de membranas y su repercusión sobre la culminación de la gestación, sin duda, constituye un factor importante en la morbilidad materno-fetal si consideramos su asociación al parto prematuro, recién nacidos de bajo peso al nacer y septicemia en el neonato. Igualmente, en la materna



UNIVERSIDAD DE CUENCA

la RPM se asocia a corioamnionitis e infecciones puerperales que en muchos casos llegan a ser letales.

Obtener información confiable sobre la frecuencia de la ruptura prematura de membranas y las características de la terminación del parto en esta población de maternas atendidas en el hospital Vicente Corral Moscoso, consideramos que es un aporte: 1) para el Servicio de Obstetricia de la institución, como dato para evaluar indirectamente la calidad de atención a las usuarias, 2) para incrementar las fuentes de información para fines docentes de pregrado y posgrado de especialidades de la Facultad de Ciencias Médicas, y 3) para los administrativos de servicios médicos de la región para orientar sus estrategias gerenciales con miras a una optimización del sistema nacional de salud.

Más allá de este interés académico la pretensión de cualquier investigación en salud es encontrar un beneficio para el grupo poblacional en el que se realiza. En términos epidemiológicos, conocer que la ruptura prematura de membranas pueda ser manejada con mejores resultados que los reportados hasta hoy y de ser posible prevenir sus complicaciones constituye un beneficio para la madre y su recién nacido, asumiendo que esta información será puesta a disposición de la comunidad médica y divulgada por los profesionales públicos y privados que ejercen la obstetricia.

Todas estas consideraciones justifican plenamente la realización de este trabajo.



UNIVERSIDAD DE CUENCA
2. Fundamento teórico

2.1 Generalidades

A medida que el embrión va evolucionando se puede reconocer, desde los siete días, que queda cubierto por dos sacos: uno interno, que es el amnios y otro externo, el corion, estos sacos que estaban adosados al embrión se van separando por el líquido amniótico.

El amnios está compuesto por células que secretan colágeno tipo III, tipo IV y proteoglicanos y actúa como un filtro que impide que las secreciones fetales afecten el compartimento materno (3-5).

El corion se adhiere por su superficie interna al amnios, es una capa de tejido protectora y permite la aceptación inmunitaria, además posee niveles de deshidrogenasa de prostaglandina, la cual disminuye su concentración en el trabajo de parto (4,6).

El amnios, aunque se encuentra adyacente al corion, no está completamente fusionado con él, de manera que ambos pueden separarse fácilmente (4-6).

2.2 Rotura prematura de membranas

La rotura prematura de membranas se define como la rotura espontánea de las membranas fetales antes del inicio de trabajo de parto, por lo menos una hora antes (4,7-9).



Puede detectarse con tres variantes:

Ruptura prematura de membranas a término (RPMT): Se define como la pérdida de continuidad de las membranas ovulares y de líquido amniótico antes de la labor de parto en embarazadas mayor o igual a 37 semanas de gestación (8). Se produce en el 8% de las gestaciones (10).

La ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMPT). Es definida por la pérdida de continuidad de las membranas ovulares y su consecuente pérdida del líquido amniótico antes del trabajo de parto y antes de las 37 semanas (4,8). Ocurre en el 2-4% de las gestaciones (10) y está implicada en un tercio de los partos pretérmino (11).

El tiempo de latencia, definido como el tiempo que transcurre entre la rotura de las membranas ovulares y la terminación del embarazo (4,11,12) tiende a ser inversamente proporcional a la edad gestacional cuando ocurre una ruptura de membranas (4,10,11).

Ruptura prematura de membranas prolongada (RPMP). Cualquier ruptura de membranas en la cual el periodo de latencia supera las 24 horas (4,5,8).

2.3 Fisiopatología

El mecanismo por el que se produce una ruptura espontánea no se conoce con exactitud, pero existen diversas teorías que se basan en un desequilibrio a nivel de los componentes de las membranas ovulares. La elasticidad está dada en gran parte por la matriz extracelular del amnios ya que tiene gran variedad de colágenas intersticiales sobre todo de tipo I y III. Este último es el principal componente que ayuda en la elasticidad del amnios. El mecanismo por el que se produce la ruptura



de la membrana es una falta de equilibrio entre la degradación y síntesis de la matriz extracelular (4,5,11,13).

Se encuentran además otras enzimas que contribuyen al cambio en la estructura del colágeno como la metaloproteinasa de la matriz. Esta enzima participa en la degradación del colágeno, esta se encuentra en mayores concentraciones en el líquido amniótico de embarazos con RPM. Los estudios de explantes de amniocorion demostraron que la expresión de MMP se incrementa mediante el tratamiento con IL-1, TNF e IL-6 (4,5).

2.4 Factores desencadenantes de la RPM

Infección local: la infección coriamniótica provoca debilidad de las membranas ovulares, la mayoría de infecciones es ascendente. Ésta comienza por la alteración de la flora bacteriana, por colonización de *trichomonas*, *neisseria gonorrhoeae*, *chlamydia trachomatis* y *estreptococos* del grupo B. Por esta razón se recomienda la realización de una prueba de detección del estreptococo en la semana 35 (4,7,9,14).

La tasa global de cultivos positivos del líquido amniótico en las pacientes con RPM oscila desde el 22,7 al 53,8% (15).

Traumatismos: por los tactos vaginales frecuentes, colocación de catéteres , sondas, etc. (7,13).

Incompetencia istmocervical: cuando aumenta la dilatación cervical disminuye el soporte de las membranas ovulares, esto provoca la formación de una hernia del saco ovular, luego las membranas se pueden romper con facilidad (7,15).



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Bajo nivel socioeconómico: debido a la menor probabilidad de recibir cuidados médicos prenatales adecuados (4,9,14-17).

En el estudio observacional que se llevó a cabo en el hospital universitario de Hyderabad, Pakistán, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia, desde octubre de 2010 hasta octubre de 2011, las maternas pertenecían a la clase pobre en 72% de los casos y a la clase media en el 21% (17).

Una investigación realizada en Guayaquil, Ecuador, en el 2013, reporta que a pesar de que el 70.49% de las maternas residían en zona urbana tan sólo el 45% de ellas tuvieron acceso a la instrucción secundaria (18).

2.5 Epidemiología

La prevalencia de la rotura prematura de membranas en México en embarazos a término es del 8% y 30-40% en embarazos pretérmino (19). En Brasil se ha reportado entre el 8 y el 10%. De todas las RPM, el 2-4% se ha encontrado en menos de 37 semanas de gestación y el resto en mayores a las 37 semanas (20). En Cuba, la prevalencia es del 10%; del total de roturas prematuras de membrana el 8% ha ocurrido en embarazos a término y el 2% en embarazos pretérminos (16).

En Ecuador, en el año 2012, según el Instituto de Estadísticas y Censos, se reportaron 6.103 casos. En el mismo año, en el Hospital Vicente Corral Moscoso, en 657 gestantes que acudieron al hospital, se encontró una prevalencia de ruptura de membranas del 15,7% (1). Según edad, la mayor prevalencia se ha encontrado en el grupo de mujeres de 25 a 34 años con una casuística de 2.597 (42.5%) (2).

El análisis de los registros de la base de datos perinatales del hospital de la Universidad de Colorado, un centro de referencia de atención terciaria, encontró



UNIVERSIDAD DE CUENCA

una prevalencia de RPM del 9.9% en 12.953 partos, ocurridos entre octubre de 2005 y enero de 2010, es decir 1286 partos con ruptura prematura de membranas. De ellos el 39.4% ($n = 404$) fue de partos pretérmino y el 60.6% de partos a término (21).

2.6 Terminación del embarazo

El período de latencia y la edad gestacional determinan el pronóstico y consecuentemente el manejo de la enfermedad de acuerdo a la posibilidad o no de terminación del embarazo. El estudio realizado por Dars y cols en el hospital universitario de Hyderabad, Pakistán, muestra que de cada 100 madres 26% tiene rotura prematura de membranas de menos de 24 horas de duración y un 74% mayores a ese tiempo, en el periodo de latencia (17).

En esa misma recopilación, las embarazadas que presentaron rotura prematura de membranas terminaron en parto vaginal el 84.9% y el 15.1% restante en cesárea (17). En una investigación similar realizada en Paraguay, en 2011, el 54% terminó en parto vaginal y el 46% en cesárea (15).

En el estudio realizado en Guayaquil en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Prócel, en 2013, que incluyó 1532 maternas atendidas en un período de seis meses con una casuística de 122 roturas prematuras de membranas, la cesárea fue la forma de terminar el embarazo en el 70.4% de parturientas con RPM (18).

2.7 Diagnóstico

En la mayoría de casos el diagnóstico es clínico. Por lo general la embarazada refiere haber tenido una pérdida de líquido por lo que es imperativo averiguar el color, la cantidad y la fecha y hora de comienzo de la pérdida (7,11,13). En el 85%



UNIVERSIDAD DE CUENCA

de maternas con sospecha de ruptura de membranas el diagnóstico se confirma fácilmente mediante un correcto examen físico (7).

2.8 Finalización del parto

La terminación del parto tiene dos opciones: parto vaginal y parto por cesárea.

Parto vaginal. El parto es un proceso fisiológico que requiere múltiples transformaciones tanto en la función uterina como en la cervical, cuya finalidad es poner fin al embarazo. En este proceso se produce la salida desde el útero al exterior, a través del canal del parto, de un feto, vivo o muerto, seguido de sus anexos ovulares (4,11,22).

Parto por cesárea. Se puede definir a la cesárea como la intervención quirúrgica que se realiza con la finalidad de la extracción del producto de la concepción, vivo o muerto, a través de una incisión, denominada laparotomía, en la pared abdominal y otra, denominada histerotomía, en la pared uterina. Se realiza cuando el parto vaginal plantea riesgos para la madre y/o el producto. Este concepto no incluye cuando la extracción del feto se produce por ruptura accidental (4,8,23,24).

A propósito de la utilización de la cesárea como la mejor opción para la terminación del embarazo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en ninguna región del mundo se justifica una frecuencia de cesáreas mayor del 10-15% (23,24). Esta cifra, empero, está cada vez más distante de la que realmente se produce en la culminación del embarazo, principalmente en países donde se buscan permanentemente nuevas argumentaciones en favor de las preferencias de la parturienta o del especialista que lo realiza que, dicho sea de paso, muestran un incremento de la intolerancia al parto natural.



2.9 Distocias

Proveniente de la terminología griega (*dys*=mal *tokos*= parto) refiriéndose a la dificultad en el proceso fisiológico del parto causado por la presencia de anomalías en la dinámica del útero, alteraciones óseas y de partes blandas de la madre, anomalías fetales y desproporción céfalo-pélvica (4,7). Las distocias pueden ser transitorias o permanente. Se clasifica en (7):

- *Distocias Dinámicas*: que se reconocen clínicamente como hipodinamia e hiperdinamia
- *Distocias óseas*: que se subdividen en:
 - a. Estrechez pélvica: del estrecho superior, del estrecho medio, del estrecho inferior y una combinación de ellas
 - b. Pelvis generalmente estrechada
 - c. Pelvis postraumática
 - d. Pelvis anormales por cojera, y
 - e. Pelvis enana
- *Distocia de partes blandas*: que se clasifican en:
 - a. Uterinas
 - b. Cervicales
 - c. Vagino perineales y
 - d. Tumores previos
- *Distocias fetales*: que pueden ser por exceso de volumen o por presentaciones anómalas, y
- *Distocia por desproporción céfalo pélvica*.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

- Establecer la prevalencia de ruptura prematura de membranas y la vía de terminación del parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso, en el año 2014.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar el grupo de estudio según edad, residencia, instrucción y ocupación.
- Establecer la variante de ruptura prematura de membranas: a término, pre-término y prolongada.
- Determinar la vía de finalización del parto: parto vaginal y parto por cesárea.



4. Diseño metodológico

4.1 Tipo de estudio

La investigación se cumplió con un diseño descriptivo, de recopilación documental de información sobre partos con ruptura prematura de membranas en un hospital de tercer nivel.

4.2 Área de estudio

Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Vicente Corral Moscoso, del Ministerio de Salud Pública, de la ciudad de Cuenca, Ecuador.

4.3 Universo y muestra

Se incluyeron todas las historias clínicas de embarazadas que culminaron su parto, con atención médica profesional, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia durante el 2014 y que presentaron ruptura prematura de membranas.

4.4 Variables

Fueron variables de estudio: edad, residencia, instrucción, ocupación, momento de ocurrencia de la ruptura prematura de membranas, vía de finalización del parto y tipo de distocia.

Dado el diseño de la investigación se planteó un análisis univariante de los resultados que considera a todas las variables dependientes y ninguna independiente, por tanto no se reconoce relación empírica de variables (26).

4.5 Operacionalización de las variables

Las variables se operacionalizaron en una matriz (Anexo 1).



4.6 Criterios de elección

Criterios de inclusión: Historias clínicas de mujeres embarazadas que presentaron ruptura prematura de membranas en el año 2014.

Criterios de exclusión: Historias clínicas con información incompleta mayor al 20% sobre las variables de estudio.

4.7 Procedimientos y técnicas

- Solicitud de autorización a la Dirección Técnica de Docencia del Hospital Vicente Corral Moscoso para acceder a la información documental de las Estadísticas del Servicio de Ginecología y Obstetricia. La solicitud se amparó en el convenio que mantiene el hospital con la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.
- Acceso a los registros estadísticos de las embarazadas que fueron atendidas en el año 2014, en el Servicio de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, en la culminación de su parto.
- Identificación de las historias clínicas de maternas que cursaron con rotura prematura de membranas.
- Recopilación de la información sobre las variables de estudio y registro en un formulario elaborado exclusivamente para tal propósito. Anexo 2.

4.8 Análisis de la información y presentación de resultados

Una vez recopilada la información se ingresó en una matriz de datos de un programa de computadora, el SPSS IBM™ versión 19.0 en español para Windows™, y se procesó con estadística descriptiva.

Las variables discretas fueron procesadas en número de casos (n) y sus porcentajes (%) con su respectivo IC95% y las continuas en promedios \pm desviación estándar



($X \pm DE$). Según la relevancia del dato se incluyeron algunos elementos de estadística inferencial sin que por esto se modifique el diseño del estudio.

Los resultados se presentan en tablas simples de distribución de frecuencias y tablas de doble entrada en las que se analizan las diferencias de proporciones. Se consideraron significativas las diferencias con valores de $P < 0.05$. Algunos resultados se representan con gráficos recomendados por la metodología según el tipo de variable.

4.9 Aspectos éticos de la investigación

La recopilación y manejo de información obtenida de registros médicos como la historia clínica no atentan contra los derechos individuales de las personas ni ponen en peligro su integridad física y psicológica, por tanto se prescinde de la utilización de consentimiento informado. Al igual que todo procedimiento de índole médica se garantiza el derecho a la privacidad identificando a las maternas, incluidas en el estudio, únicamente por medio de un número de registro.

Se faculta a los entes involucrados en esta investigación a confirmar la veracidad de la información y su uso correcto con fines exclusivamente académicos. El contenido de este informe pasará a ser propiedad del repositorio bibliográfico de la Universidad de Cuenca, respetando los derechos de propiedad intelectual de las autoras, y el hospital en donde se realizó la investigación podrá utilizarla para propósitos institucionales.



5. Resultados

5.1 Cumplimiento del estudio

Se accedió a 4390 historias clínicas de igual número de maternas que recibieron atención de su parto en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2014. En ellas se localizó 360 maternas que presentaron rotura prematura de membranas y constituyeron la población de estudio en la que se encontraron los siguientes resultados.

5.2 Prevalencia de RPM

Tabla 1

Prevalencia de rotura prematura de membranas en 4390 maternas que recibieron atención de su parto en el Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, 2014.

Partos	Número	%	IC95%
Sin rotura prematura de membranas	4030	91.8	90.9 – 92.5
Con rotura prematura de membranas	360	8.2	7.4 – 9.05
Total	4390	100	

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: C. Padilla y L. Rojas

La prevalencia de rotura prematura de membranas en nuestra serie de maternas fue del 8.2% con un rango de oscilación, de la proporción muestral, entre 7.4% y 9.05%, valor similar al que reporta la literatura que señala una prevalencia global de alrededor del 11% en las embarazadas a término (13).



5.3 Características demográficas de la población de estudio

Tabla 2

Características demográficas de 360 maternas con ruptura prematura de membranas. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, 2014.

Variable	Número	%	IC95%
Edad en años			
14 a 19	106	29.4	24.6 – 34.2
20 a 35	238	66.1	61.4 – 70.8
36 a 44	16	4.4	2.5 – 6.7
Instrucción			
Ninguna	5	1.4	0.3 – 2.8
Primaria	130	36.1	30.7 – 41.2
Secundaria	169	46.9	41.4 – 52.5
Superior	56	15.6	11.9 – 19.7
Ocupación			
Ama de casa	250	69.4	64.4 – 73.7
Estudiante	56	15.6	11.9 – 19.3
Obrera	30	8.3	5.6 – 11.4
Empleada	24	6.7	4.2 – 9.4
Residencia			
Urbana	221	61.4	56.1 – 66.7
Rural	139	38.6	33.3 – 43.9

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: C. Padilla y L. Rojas

El grupo de edad más afectado fue el de 20 a 35 años. Por sobre los 35 años la prevalencia de ruptura prematura de membranas fue menor al 5%. La edad promedio de las maternas fue de 24.0 ± 6.2 años entre un mínimo de 14 y un máximo de 44 años.

La instrucción secundaria (46%) y primaria (36%) fueron los niveles de instrucción de la mayoría de maternas. Los dos subgrupos significaron el 83% de la población. La instrucción superior fue cursada por el 15% y menos del 2% no tuvo instrucción alguna.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

La ocupación más frecuente fue la dedicación a actividades domésticas como amas de casa; el 69% perteneció a este subgrupo. El 15% de las maternas estaba dedicada a estudiar y las parturientas consideradas obreras (8%) o empleadas (6%) no sobrepasaron el 15%.

La distribución por residencia tuvo predominio para la zona urbana donde procedió el 61% de la población de estudio.



5.4 Variantes de la RPM y finalización del parto

Tabla 3

Variantes de la rotura prematura de membranas y finalización del parto en 360 maternas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, 2014.

	Número	%	IC95%
Variantes de la RPM			
A término	239	66.4	61.4 – 71.0
Pre-término	46	12.8	9.4 – 16.4
Prolongada	75	20.8	16.9 – 25.4
Finalización del Parto			
Vaginal	256	71.1	66.9 – 75.8
Cesárea	104	28.9	24.2 – 33.1

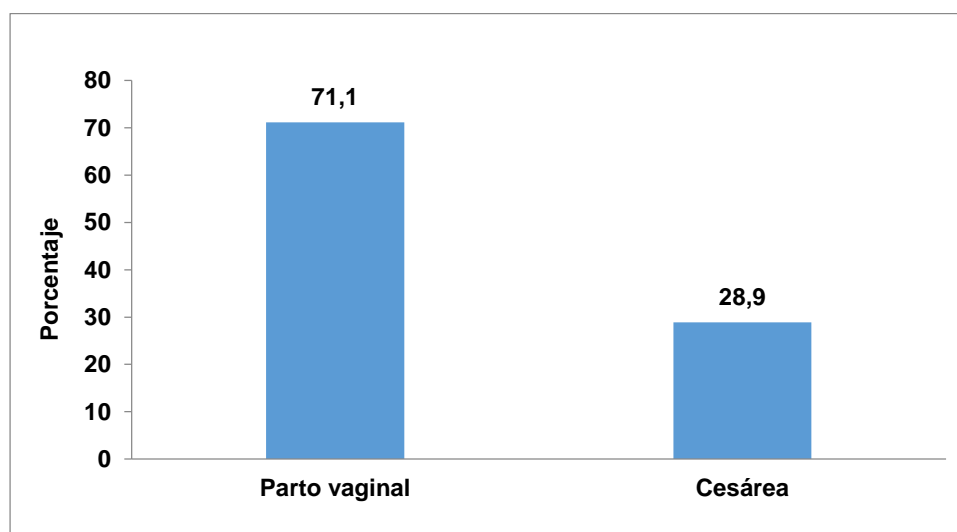
Fuente: formulario de investigación

Elaboración: C. Padilla y L. Rojas

La rotura prematura de membranas a término fue la más frecuente con el 66% de la casuística. La rotura prolongada se dio en una de cada 5 maternas (20%) y la rotura pre-término ocurrió en 1 de cada 8 parturientas (12%).

El 71% de las rupturas prematuras terminó en parto por vía vaginal y el 28% mediante cesárea.

Gráfico 1





5.5 Finalización del parto según variante de RPM

Tabla 4

Finalización del parto según variantes de la rotura prematura de membranas en 360 maternas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, 2014.

	Vaginal n = 256	Cesárea n = 104	Valor P
A término	184 (71.8)	55 (52.8)	0.0005
Pre-término	24 (9.3)	22 (21.1)	0.002
Prolongada	48 (18.7)	27 (25.9)	0.126

Fuente: formulario de investigación
Elaboración: C. Padilla y L. Rojas

En el subgrupo de maternas con rotura de membranas *a término* el parto por *vía vaginal* ocurrió en el 71% de ellas y el parto por cesárea en el 52%. En cambio, en el subgrupo de rotura *pre-término* el parto por cesárea ocurrió en el 21% y el parto vaginal en el 9%. En ambos casos la diferencia fue altamente significativa.

En el subgrupo de rotura prolongada la proporción de partos por vía vaginal (18%) y por cesárea (25%) fueron estadísticamente similares.



6. Discusión

El objetivo final de esta recopilación realizada con un diseño descriptivo, en un hospital de nivel tres del sistema nacional de salud, fue obtener información confiable sobre la prevalencia de la ruptura prematura de membranas y su distribución según la vía de terminación del parto, en una población de maternas que recibieron atención médica especializada en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Vicente Corral Moscoso durante el año 2014.

La casuística anual de esta institución, notificada ya en estudios anteriores realizados por los cursos de especialidad de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, ha experimentado variaciones. En el estudio realizado en 2010 con la inclusión de 5598 maternas se encontró una prevalencia de rotura prematura de membranas del 17% (1) que contrasta notoriamente con nuestro resultado que se ubica en el 8.2%.

En otros hospitales del país, pertenecientes también al sistema nacional de salud, se han encontrado prevalencias que fluctúan entre 1% y 7%. En el hospital materno infantil Matilde Hidalgo de Prócel, de Guayaquil, en el 2013 se encontró una prevalencia del 7.9% en una recopilación de 3064 partos (18). En Latacunga, en una serie de 4121 partos atendidos en 2014 se reporta una prevalencia de 1.4% (27). En la ciudad de Quito, en el hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, se encontró una prevalencia de 1.6% de rotura prematura de membranas en 11049 partos atendidos en 2011 (28).

La fluctuación de la prevalencia en las series de países vecinos tiene resultados similares. En el estudio realizado en Lima, Perú, en 2008, los investigadores encontraron una prevalencia general del 6.4% cifra que cuatro años antes fue del 10.7% (29). Los estudios brasileños, reportan también una tendencia a la disminución de sus tasas de prevalencia; la publicación del 2013 se basa en un 10%



UNIVERSIDAD DE CUENCA

de rotura prematura de membranas para todas las gestaciones (20) y el reporte del 2014 notifica el 3.1%, encontrado en una serie de 2355 parturientas (14). Para México la prevalencia en el 2012 fue del 8% (19).

En Addis Ababa, Etiopía, en una recopilación de tres años, de junio de 2010 a junio de 2013, mediante un estudio transversal se encontró una prevalencia de ruptura prematura de membranas del 1.4% (30) cifra realmente menor para un país en vías de desarrollo si consideramos que según las guías clínicas de la FLASOG (Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología) la prevalencia para los países latinoamericanos fluctúa entre 8 a 10% para todos los embarazos a término (31).

Las características sociodemográficas de las maternas incluidas en la mayor parte de reportes son similares. La edad de la maternidad oscila entre un mínimo de 14 años, encontrado en nuestra serie y en las maternas quiteñas hasta un máximo de 49 años encontrado en este mismo estudio (28). El subgrupo de edad más numeroso, bordeando porcentajes entre el 40% a 50%, para casi todos los estudios latinoamericanos, es el que corresponde al inicio de la vida adulta hasta poco más de la mitad del tercer decenio, esto es desde 20-25 hasta 30-35 años.

El nivel de instrucción para los estudios nacionales muestra un predominio de instrucción primaria, si la residencia de las maternas se ubica en la zona rural, y si reside en zona urbana el predominio le corresponde al nivel secundario (27,28). A excepción de los hallazgos del estudio realizado en Quito, en donde el 47% de maternas tuvo instrucción primaria a pesar de residir en zona urbana (28). A la educación superior y al analfabetismo les correspondió menos del diez por ciento en todos los reportes (27-29).

La información relevante del presente estudio es la que se refiere a las variantes de la ruptura prematura de membranas y su distribución de acuerdo a la vía de terminación del parto. En la tabla 3 podemos apreciar que la RPM a término fue la



variedad predominante y se dio en el 66.4% de las maternas; la ruptura prolongada significó el 20% y la ruptura pre-término únicamente el 12%.

En la misma tabla el 71% de las rupturas prematuras terminó en parto por vía vaginal y el 28% mediante cesárea, este resultado concuerda con lo que reporta el estudio realizado en Bolivia en donde se encontró que el 80 % de los casos de RPM se presentó después de las 37 semanas de gestación, en tanto que el 20% restante aconteció en embarazos pre-término (32).

La distribución de las variantes de rotura prematura de membranas, detallada en la tabla 4, muestra que la ruptura de membranas ocurrida a término fue significativamente mayor ($P = 0.0005$) para la vía vaginal de terminación del parto, en tanto que la ruptura pre-término fue significativamente mayor para la terminación mediante cesárea ($P = 0.002$). Para el subgrupo de rotura prolongada los porcentajes de culminación del parto tanto por vía vaginal como por cesárea fueron similares ($P = 0.126$). Analizando globalmente nuestros resultados, las variantes de rotura prematura de membranas no parecen influenciar sobre la vía de terminación del parto si únicamente el 28.9% de nuestras maternas necesitó intervención cesárea.

Los hallazgos en otras recopilaciones son similares. El estudio con 273 gestantes en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque, Perú, en el período 2010-2011 mostró que únicamente el 33% de la población con RPM fue cesareada (24). Igualmente, en el reporte paraguayo la cifra fue similar pues el 54% de las roturas prematuras de membranas terminó en parto por vía vaginal (15).



7. Conclusiones y Recomendaciones

7.1 Conclusiones

- La prevalencia de la rotura prematura de membranas, en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el año 2014, fue de 8.2%, cifra que se ubica dentro de las reportadas por la literatura médica de la especialidad.
- La población de maternas de nuestro estudio estuvo caracterizada por un promedio de edad de 24.0 ± 6.2 años entre un mínimo de 14 y un máximo de 44 años, un 46% con instrucción secundaria, un 69% de amas de casa y un 61% residente en zona urbana.
- La ruptura prematura de membranas a término se encontró en el 66% de las maternas. La finalización del parto por vía vaginal fue predominante. La cesárea se realizó únicamente en el 28% de las parturientas.
- El parto por vía vaginal fue más frecuente en la rotura de membranas a término, en tanto que la cesárea fue más frecuente en la rotura pre-término. En la RPM prolongada, los resultados fueron similares.
- Las variantes de rotura prematura no parecen influenciar sobre la vía de terminación del parto.

7.2 Recomendaciones

Considerando la capacidad que tienen los estudios descriptivos, de generar hipótesis a partir de sus resultados, deberían realizarse investigaciones analíticas con la finalidad de establecer asociación causal entre las variables relevantes del presente estudio.



Referencias bibliográficas

1. Cuenca EM. Prevalencia y factores asociados a la ruptura prematura de membranas en gestantes del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, Ecuador, noviembre 2011-noviembre 2012. Cuenca: 2013. Tesis de postgrado, Universidad de Cuenca. Repositorio de la Universidad de Cuenca. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/>? Acceso: 6/12/15.
2. INEC. Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos. Anuario de Nacimientos y Defunciones. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/estadisticas/?option=com_content&view=article&id=75. Acceso 6/12/15.
3. Lugones M, Ramírez M. Rotura prematura de membranas, aspectos de interés para la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2010; 26(4):682-693. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000400011&lng=es. Acceso 6/12/15.
4. Cunningham FG, Leveno KJ, Blomm SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Parto. En: Williams Obstetricia (eds). México DF. McGraw Hill. 2011. pp 136-72.
5. Vallejo J. Fisiopatología de la ruptura prematura de membranas y marcadores. Rev Med Costa Rica y Centroamérica 2013; 607:543-9.
6. Fernández K, Bonet LY, Rodríguez U, Gómez Z, Jareño M, Andújar P. Membrana amniótica como alternativa de tratamiento en superficie ocular. Rev Cubana Oftalmol [revista en la Internet]. 2012; 25(2):312-323. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762012000200015&lng=es. Acceso 6/12/15.
7. Schwarz R, Fescina R, Duverges C. Ruptura Prematura de membranas. En: Obstetricia. 6ª. Edición. Buenos Aires. Editorial El Ateneo. 2005. Pp. 206-213. ISBN 9789500204170.
8. MSP. Componente Normativo Materno Neonatal. Ruptura Prematura de Membranas. 2008. pag 168-175
9. Vargas K, Vargas C. Rotura prematura de membranas. Rev Med Costa Rica y Centroamérica 2014; 613:719-23.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

10. PROSEGO. Protocolos asistenciales en Obstetricia. Rotura Prematura de membranas. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Actualizado junio 2012. <http://www.prosego.com>
11. Cobo T, Zapardiel I, Palacio M. Rotura Prematura de Membranas. Fundamentos de Obstericia (SEGO). Madrid, Gráficas Marte SL. 2007. Pp. 501-508. ISBN 978-84-690-5397-3.
12. Muñoz-Aznarán G, Lévano JA, Paredes JR. Rotura Prematura de membranas em gestantes a término: factores asociados al parto abdominal. Rev Peruana de Ginecol y Obstet 2010;226-231.
13. Muñoz H, Astudillo P. Parto prematuro y rotura prematura de membranas. Obstetricia. Hospital Clínico Universidad de Chile. 2005. Pp 243-262.
14. Hackenhaar AA, Albernaz EP, da Fonseca TMV. Preterm premature rupture of the fetal membranes: association with sociodemographic factors and maternal genitourinary infections. J Pediatr (Rio J) 2014; 90:197-202.
15. Riveros J. Resultados perinatales en la rotura prematura de membranas. Rev. Nac. (Itauguá), 2011;3(1):35-41. ISSN 2072-8174
16. Sánchez N, Rodríguez N, Arias S, Chirino O, Cabrera C, Díaz P. Morbilidad y mortalidad neonatal en pacientes con rotura prematura de membranas pretérmino. Rev Cubana Obstet Ginecol 2013;39(4):343-53. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000400004.
17. Dars S, Malik S, Samreen I, Ara R. Maternal morbidity and perinatal outcome in preterm premature rupture of membranes before 37 weeks gestation. Pak J Med Sci. 2014 May-Jun; 30(3): 626–9.
18. Ferrer BL. Ruptura prematura de membranas causada por infección de vías urinarias en embarazo a término. Hospital Materno-Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Prócel de septiembre del 2012 a febrero del 2013. Tesis de Grado. Universidad de Guayaquil. 2013.
19. Ramírez JJ, Soria J, Ambriz R, Iglesias JL. Comparación entre dos pruebas diagnósticas de rotura prematura de membranas. Ginecol Obstet Mex 2012;80(3):195-200.
20. Farias PA, de Queiroz GGV, Sandro SA. Premature rupture of the membrans before the 35th week: perinatal outcomes. Rev Bras Ginecol Obstet 2014;36(7):296-302. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032014000700296&script=sci_arttext&lng=en.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

21. Kunze M, Hart JE, Lynch AM, Gibbs RS. Intrapartum Management of Premature Rupture of Membranes: Effect on Cesarean Delivery Rate. *Obstetrics & Gynecology* 2011;118(6): 1247–54.
22. Rodríguez LM, González VE. Relación de las citoquinas proinflamatorias con la corioamnionitis subclínica y el parto pretérmino. Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón. La Habana, Cuba. Revisión bibliográfica. http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol37_4_11/gin13411.htm. Acceso 6/12/15.
23. Jáuregui MP, Tapia I, Duque S, Gárate G, Montesdeoca G, Gaybor M. Principales causas de cesárea en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, enero – diciembre de 2011. *Rev Med HJCA* 2014;6(1):46-50. doi 10.14.401/2014.6.1.009.
24. Bustamante-Núñez JM, Vera-Romero OE, Limo-Peredo J, Patazca-Ulfe J. Frecuencia e indicación de cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque 2010 – 2011. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo* 2014;7(1). ISSN 2227-4731.
25. Pardo A, Brañez CA, Gutiérrez V, Camacho C. Fracción β -HCG en lavados vaginales como marcador diagnóstico de la rotura prematura de membranas en pacientes del H. M. I. G. U. de Cochabamba. *Gac Med Bol* 2006;29(2). Versión online ISSN 1012-2966.
26. Riegelman RK, Hirsch RP. Cómo estudiar un estudio y probar una prueba: lectura crítica de la literatura médica. Publicación Científica 531. Organización Panamericana de la Salud. OMS. Washington, DC. 1992. Pp 183-240.
27. Villalva JP. Sepsis neonatal en recién nacidos con ruptura prematura de membranas entre 12 y 24 horas, atendidos en el área de Neonatología del Hospital Provincial General de Latacunga. Tesis de grado. Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ambato. 2015.
28. Gavidia VE, Iza MY. Resultados obstétricos y perinatales en la ruptura prematura de membranas en pacientes que fueron atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de enero a diciembre de 2011. Tesis de Postgrado. Universidad Central del Ecuador. 2012.
29. Velázquez EGF. Factores de riesgo materno asociados a ruptura prematura de membranas pretérmino en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el período enero-diciembre 2008. Tesis de grado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, 2009.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

30. Sirak B, Mesfin E. Maternal and perinatal outcome of pregnancies with Preterm Premature Rupture of Membranes (PPROM) at Tikur Anbessa Specialized Teaching Hospital, Addis Ababa. *Ethiop Med J.* 2014;52(4):165-72.
31. Vigil-De Gracia P, Savransky R, Pérez JA, Delgado J, Nunez de Moraes E. Ruptura Prematura de Membranas. *FLASOG, GC*;2011:1.
32. Pardo A, Brañez CA, Gutiérrez B, Camacho C. Fracción β -HCG en lavados vaginales como marcador diagnóstico de la rotura prematura de membranas en pacientes del H.M.I.G.U. de Cochabamba. *Gac Med Bol* 2006;29(2):33-8. ISSN 1012-2966.

Anexos

Anexo 1

Matriz de operacionalización de las variables

<i>Variable</i>	<i>Definición</i>	<i>Dimensión</i>	<i>Indicador</i>	<i>Escala</i>
Ruptura prematura de membranas	La ruptura de membranas ovulares que ocurre antes del comienzo del trabajo de parto	Temporal	Observación de pérdida de líquido amniótico	Término Pretérmino Prolongada
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Temporal	Años cumplidos	14 a 19 20 a 35 36 a 44
Residencia	Domicilio habitual donde mora los últimos 5 años	Geográfica	Registro en HCI	Urbana Rural
Instrucción	Nivel de escolaridad aprobado	Social	Registro en HCI	Ninguna Primaria Secundaria Superior
Ocupación	Labores que cumple como actividad económica de subsistencia	Social	Registro en HC	Ama de casa Empleada Obrera Estudiante
Finalización del parto	Vía de culminación de la labor de parto	Anatómica	Registro en HC	Parto vaginal Cesárea



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Distocias	Cualquier dificultad de origen fetal o materno en el progreso normal de un parto	Fisiológica	Valoración clínica	Dinámica Ósea De partes blandas Fetales Desproporción Céfalo Pélvica
-----------	--	-------------	--------------------	---



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Anexo 2



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Prevalencia de la ruptura prematura de membranas y vía de finalización del Parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Año 2014.

Objetivo General: Identificar la Prevalencia de la Ruptura Prematura de Membranas y Vía de Finalización del Parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Año 2014.

FORMULARIO _____

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Edad: años
2. Ocupación:.....
3. Residencia
 - a) Urbano
 - b) Rural
4. Instrucción:
 - a) Analfabeta
 - b) Primaria
 - c) Secundaria
 - d) Superior

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA

5. RPM a término
 - a) Si
 - b) No
6. RPM pretérmino
 - a) Si
 - b) No
7. RPM precoz
 - a) Si
 - b) No
8. RPM prolongada



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- a) Si
- b) No

9. RPM artificial

- a) Si
- b) No

10. RPM espontánea

- a) Si
- b) No

PARTO

11. Vía de finalización del parto

- a) Parto vaginal
- b) Cesárea

12. Conducción

- a) Si
- b) No

13. Inducción

- a) Si
- b) No

DISTOCIAS

14. Distocias dinámicas

- a) Si
- b) No
- c) Cual.....

14. Distocias óseas

- a) Si
- b) No
- c) Cual.....

15. Distocias de partes blandas

- a) Si
- b) No
- c) Cual.....

16. Distocias fetales

- a) Si
- b) No
- c) Cual.....
- d)



UNIVERSIDAD DE CUENCA

17. Distocias por desproporción céfalo-pélvica

- a) Si
- b) No



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Anexo 3

DR. BERNARDO VEGA INFORMO

Que, se ha procedido en calidad de Director a la revisión de contenidos teóricos, diseño metodológico, ortografía, redacción, referencias bibliográficas y se procedió a revisar en el programa URKUND la tesis “PREVALENCIA DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y LA VÍA DE FINALIZACIÓN DEL PARTO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. AÑO 2014”, realizado por las estudiantes Cristina Padilla y Lizbeth Rojas previo a la obtención del título de Médico.

Considero que es un valioso aporte para el campo de la Salud Materno Infantil, por lo que solicito muy comedidamente a la Comisión de Proyectos de Investigación (CPI) se realice el trámite respectivo para la calificación.

Cuenca, 9 de noviembre del 2015

.....
DIRECTOR DE TESIS



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Anexo 4

Cuenca, 9 de noviembre 2015

Doctora

Lourdes Huiracocha

Decana de la FF.CC.MM, Universidad de Cuenca

Su despacho

De nuestra consideración:

Con un cordial saludo nos dirigimos a Usted para solicitarle de la manera más comedida, se designe tribunal para calificación de nuestro trabajo de investigación denominado “PREVALENCIA DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y LA VÍA DE FINALIZACIÓN DEL PARTO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. AÑO 2014”, bajo la dirección y asesoría del Dr. Bernardo Vega, requisito previo a la obtención del título de fin de carrera en la Facultad de Ciencias Médicas.

Por la favorable atención que se digne dar a la presente, anticipamos nuestros agradecimientos.

Atentamente,

.....
Cristina Padilla

0106040322

.....
Lizbeth Rojas

0704199041